Schuivende perspectieven op sturing in de zorg

Deelrapport 3: Sturingsperspectief

Stichting Onderzoek Systeemvraagstukken Zorgstelsel
i.s.m. Nederlandse School voor Openbaar Bestuur

Ilsa de Jong MSc
Prof. dr. Mark van Twist
drs. Nancy Chin-A-Fat

December 2016

1. Inleiding

Het Nederlandse zorgstelsel scoort al vele jaren goed op tal van verschillende ranglijsten. Zo wordt begin 2016 het Nederlandse zorgstelsel op de ranglijst van de Euro Health Consumer Index uitgeroepen tot de beste van Europa. De ranglijst is opgesteld door de onderzoeksinstantie Health Consumer Powerhouse, die jaarlijks de kwaliteit van de gezondheidszorg onderzoekt in 35 Europese landen.[1] Ook op vele andere ranglijsten die de kwaliteit van zorg beoordelen, scoort Nederland steevast hoog.

En toch lijkt er in het maatschappelijk debat enig gevoel van ontevredenheid te zijn als er wordt gesproken over de kwaliteit van zorg. Het is een opmerkelijke paradox, waarbij de zorg tegelijkertijd goed wordt beoordeeld én een gevoel van onbehagen oproept. Opmerkelijk maar ook goed te verklaren. In een ranglijst kan bijvoorbeeld laag worden gescoord op persoonlijke aandacht, maar die lage score wordt weggemiddeld als er een hoge score is behaald op de inrichting van de zorginfrastructuur. In de persoonlijke zorgervaring van mensen wordt een lage score op persoonlijke aandacht echter zeker níet weggemiddeld, maar weegt het juist extra zwaar.[2] Hier zit dus een belangrijke discrepantie: enerzijds zit het Nederlandse zorgstelsel op systeemniveau – volgens tal van verschillende lijstjes – goed in elkaar. Anderzijds is er een ervaren gevoel van onbehagen als we het hebben over de zorg in Nederland.

In zowel de media als in het politieke debat is er voortdurend debat over de zorg. Een centrale vraag daarbij is of er wel voldoende aandacht is voor de cliënt zelf. Wordt de cliënt waardig genoeg behandeld en krijg hij de zorg en aandacht die hij verdient? Incidenten wekken het beeld dat het hier nog wel eens aan schort. Denk bijvoorbeeld aan verhalen over dementerende ouderen die onvoldoende aandacht krijgen in het verpleeghuis vanwege een gebrek aan personeel, over ouderen die zorg thuis ontvangen van telkens wisselende verpleegkundigen, en verhalen over verpleegkundigen die zich moeten haasten van adres naar adres en geen tijd meer hebben voor een luisterend oor. Ook in het afgelopen jaar was er volop discussie, debat en ophef over de zorg in Nederland.[3] Vooralsnog lijkt de zorg dan ook een van de belangrijkste thema's te zijn voor de Tweede Kamerverkiezingen in 2017.[4]

Een rode draad in het debat is de voortdurende zoektocht naar een juiste balans tussen enerzijds voldoende zorg en aandacht voor de cliënt en anderzijds een meer efficiënte invulling van de schaarse middelen. Zorg is kostbaar, waardoor logischerwijs gezocht wordt naar middelen om de zorgkosten te verlagen. De vraag is echter op welke wijze dat dient te gebeuren. Sinds jaar en dag is dit vraagstuk aan de orde bij de inrichting van de zorg. In de afgelopen jaren zijn dan ook verschuivingen te zien in de focus en waarden die centraal staan in de zorgsector, en de wijze waarop gestuurd wordt. Is de focus gelegen op de meer individuele zorg en aandacht, of meer op het borgen van de collectieve zorgvoorzieningen? Is de zorg het domein van de overheid, of wordt het aan de markt over gelaten?

[1] Zorgwijzer.nl. *Nederland opnieuw beste zorgstelsel Europa.* 2 februari 2016.
[2] Lezing Pauline Meurs. Inleiding tijdens de RVS-conferentie 'De zorg van morgen: een waardevolle zorg'. 10 oktober 2016.
[3] Trouw (28 november 2016). *SP mikt op nieuwe kiezers met 'beweging' Nationaal Zorgfonds;* De Volkskrant (25 oktober 2016). *De PvdA keert terug naar zichzelf.*
[4] http://deverkiezingswijzer.nl/2016/09/05/ipsos-zorg-belangrijkste-thema-verkiezingen/.

Het dominante paradigma in de zorgsector is in de geschiedenis al meerdere malen heen en weer geschoven tussen een focus op het individu en een focus op zorg als een collectieve aangelegenheid; bijvoorbeeld door de uitbraak van cholera in de 19de eeuw, of door het toegenomen besef in de jaren '70 en '80 dat de fysieke en sociale omgeving en leefstijl van invloed is op de volksgezondheid. Ongelijkheid in het niveau van gezondheid bleek samen te hangen met andere sociale ongelijkheden, op het gebied van wonen, onderwijs, inkomen, werkgelegenheid en arbeidsvoorwaarden.[5]

Mede onder invloed van die paradigmaverschuivingen is de zorg voortdurend in beweging. Belangrijke ijkpunten zijn bijvoorbeeld de invoering van de Ziekenfondswet (1966), de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (1967), de Wet Toegang Ziektekostenverzekering (1986), de Zorgverzekeringswet en Wet Marktwerking gezondheidszorg (2006), en recent nog de drie decentralisaties in het sociaal domein (zorg, werk en jeugdhulp).[6]

In dit derde deelonderzoek kijken we naar die verschuivingen in het perspectief op sturing in de zorg. Welke dominante sturingsperspectieven zien we in de afgelopen jaren terug in de manier waarop de zorg wordt aangestuurd en ingericht? Waar ligt telkens de focus, en wat zijn onderliggende waarden daarbij? We gaan hier in op de ontwikkeling die plaatsvindt in de strategische sturingsperspectieven van de overheid in de zorgsector, en kijken van daaruit vooruit: hoe kan het beter, om, nu én in de toekomst, een samenhangend zorgaanbod te realiseren?

---

[5] Denktaş, S. en A. Burdorf (2016). *Wordt het geen tijd om de grote gezondheidsverschillen in Nederland op te lossen? Een essay over de oorzaken en oplossingen.* Een essay t.b.v. de RVS-conferentie van 10 oktober 2016. Rotterdam: Erasmus University Rotterdam.

[6] Helderman, J. (2016). *De effecten van stelsels. Een drieluik over stelselhervormingen en transities in de Nederlandse gezondheidszorg.* Een essay t.b.v. RVS-conferentie van 10 oktober 2016. Nijmegen: Institute for Management Research.

2. Verschuivingen in overheidssturing

In de loop der jaren is het denken over de zorg en het daarmee samenhangende sturingsperspectief in de zorgsector meerdere malen verschoven. In bijvoorbeeld de ouderenzorg was het beleid tot ongeveer halverwege de vorige eeuw bijvoorbeeld grotendeels gestoeld op liefdadigheid. Voor de arme ouderen, die ook geen familie hadden die de zorg voor hen konden dragen, richtte de overheid zogenoemde oudemannen- en oudevrouwenhuizen op. Het zijn sobere tehuizen, bedoeld om de onderlaag van de samenleving zorg te garanderen. Vanaf de jaren '60 wordt vervolgens de Wet op Bejaardenoorden aangenomen, waardoor het mogelijk werd om bejaardentehuizen te bouwen. Hiermee zorgt de overheid ervoor dat iedereen van gelijkwaardige toegang tot hulp verzekerd is. In de jaren '70 verschuift de focus van het ouderenbeleid naar het zo efficiënt en effectief inrichten van de zorg. Overheidssturing richt zich, vanuit het bestuurskundig perspectief van new public management, op output: het bereiken van vooraf afgesproken resultaten, binnen gestelde randvoorwaarden en het vastgestelde budget. Een functionele en efficiënte inrichting van de zorg tegen zo laag mogelijke kosten staat centraal.

Vanaf 2000 komt er echter steeds meer aandacht voor de behoeften van ouderen zelf: er komt aandacht voor zorg op maat. Ouderen die, met enige ondersteuning, in staat zijn om langer thuis te blijven wonen worden ondersteund en het aantal zorgarrangementen om wonen, zorg en dienstverlening te combineren groeit. In deze periode stimuleert de overheid de bouw van woonzorgcomplexen, waar ouderen zelfstandig kunnen wonen, met een eigen zorg- en servicearrangement. Meer recent zien we opnieuw een verschuiving plaatsvinden, waarin de ouderenzorg meer wordt benaderd als co-productie. Verpleeghuizen hebben steeds meer aandacht voor de persoonlijke voorkeur van de bewoners, en de bewoners hebben zelf ook meer invloed op de zorg die zij ontvangen. De overheid fungeert in dit kader veel meer als een zorgarchitect of regisseur om de cliënt zo zelfredzaam mogelijk te maken.[7]

Deze beschrijving van de ontwikkelingen in de ouderenzorg schetst een ontwikkeling die ook in bredere zin kenmerkend is voor de zorgsector. Het laat een beweging zien waarbij de focus verschuift van overheidssturing gericht op rechtsgelijkheid en toegankelijkheid van de zorg voor een ieder, naar sturing gericht op efficiëntie en effectiviteit en uiteindelijk naar co-productie en zelfredzaamheid van de cliënt.

2.1 New public management in de zorg

Wij zoomen in deze paragraaf nader in op de eerste verschuiving, waarbij de focus op rechtsgelijkheid en rechtszekerheid toegankelijkheid van de zorg voor een ieder (*traditional public administration)* verschuift naar sturing gericht op efficiëntie en effectiviteit. De verschuiving is ingezet vanaf de jaren '70 en '80, en betekende een fundamentele wijziging van het zorgstelsel. De zorgstelsel is nu ingericht volgens de principes van gereguleerde marktwerking. Vanuit bestuurskundig perspectief wordt dit ook wel *new public management* (NPM) genoemd, en het geldt in veel opzichten nog steeds als een dominant sturingsperspectief in de zorg.

[7] Van Twist, M., N. Chin-A-Fat en J. Schram (2015). Van tehuis naar thuis: beelden bouwen in de ouderenzorg. *Verpleeghuiszorg.*

De opkomst van het gedachtegoed van het new public management heeft geleid tot tal van hervormingen in de publieke sector, met als doel om efficiënter en doelmatiger te worden. Daarbij zijn veel elementen overgenomen uit de private sector, zoals prestatiesturing en principes als lean management, high performing organizations, en competitie en marktwerking als een belangrijk impuls voor kostenverlaging en betere kwaliteit van dienstverlening.[8] De invloed van het new public management betekent een verschuiving in het sturingsperspectief van een klassieke, rechtmatige overheid naar een presterende overheid, die stuurt op basis van gestelde doelen en prestatie-indicatoren. Overheidshandelen is niet alleen meer gericht op rechtmatigheid, legitimiteit, juridische deugdelijkheid en helder geformuleerde procedures en randvoorwaarden waar strikt aan voldaan moeten worden, maar stelt nu resultaten boven de randvoorwaarden. Processen moeten SMART zijn ingericht, en organisatieonderdelen worden afgerekend op de gerealiseerde prestaties. Niet de randvoorwaarden staan centraal, maar de prestaties en resultaten.[9]

Ook in de zorgsector heeft het new public management in de loop der tijd voeten aan de grond gekregen. Marktwerking en concurrentie zijn belangrijke drijfveren geworden van ons zorgsysteem. Grit en Meurs stellen dat al sinds de jaren '80 het idee leeft dat (gereguleerde) marktwerking een oplossing kan bieden voor de 'crisis van de verzorgingsstaat' en het vraagstuk van kostenbeheersing in de zorgsector het verschil kan maken.[10] In 1987 verscheen het rapport met de veelzeggende titel 'Bereidheid tot verandering' van de commissie Dekker.[11] Deze commissie beargumenteerde dat marktwerking en concurrentie de doelmatigheid vergroot, en stelde een systeem voor met onder meer een verplichte basisverzekering, inkomensafhankelijke premies en normuitkeringen.[12] Enkele andere argumenten voor marktwerking zijn de verwachting dat markten responsiever zijn, meer vraaggericht zijn, sneller innovaties oppakken en meer keuzevrijheid bieden.

Het voert te ver om hier het gehele proces te beschrijven van verschillende kabinetten die hebben geprobeerd meer marktwerking in de zorg te stimuleren, maar de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 is een belangrijk ijkpunt geweest. De Zorgverzekeringswet behelst het systeem waarbij klanten voor de zorg kunnen kiezen tussen concurrerende partijen, wat moet leiden tot verbeteringen in de prijs-kwaliteit verhouding. Met de Zorgverzekeringswet is een systeem van *gereguleerde concurrentie* geïntroduceerd. Naast de Zorgverzekeringswet is bijvoorbeeld ook de AWBZ herzien. Zo werd de indicatiestelling voor AWBZ-zorg vanaf 2003 in termen van functies gedefinieerd (bijvoorbeeld huishoudelijke verzorging of verpleging) in plaats van voorzieningen (zoals thuiszorg) en werd gewerkt aan de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).[13] Zo zijn er in de loop der jaren tal van verschillende maatregelen genomen om het stelsel van gereguleerde marktwerking in de zorg verder uit te bouwen.

---

[8] Rhodes, R.A.W. (1994). The Hollowing Out of the State: The Changing Nature of the Public Service in Britain. *The Political Quarterly Publishing Co Ltd. P. 138-151.*

[9] Steen, M. van der, J. Scherpenisse en M. van Twist (2015). *Sedimentatie in sturing. Systeem brengen in netwerken door meervoudig organiseren.* Den Haag: NSOB.

[10] Grit, K. en P. Meurs (2005), p. 21-23.

[11] Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg (Commissie Dekker) (1987). *Bereidheid tot verandering.* Den Haag: CAOP.

[12] Helderman (2016), p.10.

[13] Helderman, J. (2016), p. 14-15.

2.2 New public management als leidend sturingsperspectief in de zorg

Het new public management heeft zich in de loop der jaren ontwikkeld tot een dominant sturingsperspectief in de Nederlandse zorgsector. Kenmerken van het new public management (concurrentie, focus op prestaties, kostenreductie, bedrijfsmatige benadering etc.), zien we op veel plekken terug in de manier waarop het zorgstelsel is ingericht. Er heeft een zekere mate van *verzakelijking* van de zorg plaatsgevonden. En in veel opzichten heeft dat veel opgeleverd: ondernemingen met een winstoogmerk investeren in een publiek domein dat anders alleen vanuit belastinggeld bekostigd wordt, de bedrijfseconomische verantwoording van investeringen is sterk verbeterd en door betere financiële en logistieke expertise is het management van zorgorganisaties veel beter geworden.

Er is sprake van stijgende interesse voor vergelijkende informatie over de zorg, zoals de ziekenhuis top-100, de Zorginkoopgids, project 'Zichtbare Zorg', of de eerdergenoemde EHCI-index. Meerding en Van den Berg verklaren de belangstelling hiervoor als een logische consequentie die voortkomt uit het gedachtengoed van het new public management. Vanuit deze sturingsfilosofie wordt immers steeds meer waarde gehecht aan de prestaties en doelmatigheid van publieke dienstverlening, af te meten aan concrete resultaten in de vorm van ranglijsten.[14] Door de sterkere nadruk op verantwoording is ook de invloed van patiënten is toegenomen. Patiëntenverenigingen hebben een sterkere positie gekregen en worden sinds 2006 serieuzer genomen door artsen en zorgverzekeraars, aldus Marjolein de Booys, manager kwaliteit bij de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie. Andere positieve geluiden zijn dat zorgorganisaties klantvriendelijker zijn geworden en veel efficiënter zijn gaan werken.

Anderzijds is ook een ander geluid hoorbaar, wat ook een direct gevolg is van de invloed van new public management in de zorg. Zo zeggen verpleegkundigen te weinig tijd te hebben voor een luisterend oor voor hun cliënten/patiënten, omdat ze voor iedere handeling tal van formulieren in moeten vullen. Een ander recent voorbeeld zijn de behandelplannen, door de media omgedoopt tot 'plascontracten' voor ouderen, waarin is opgenomen hoe vaak de cliënt naar het toilet wordt begeleid omdat daarvoor betaald is. De ontwikkeling naar meer marktwerking in de zorg heeft veel gebracht in termen van kostenbewustzijn, aandacht voor positionering en bedrijfsvoering, maar heeft tegelijkertijd ook geleid tot een verzakelijking van de zorg.

De invloed van het new public management heeft bovendien ook geleid tot een *verkavelde dienstverlening*, die vooral de aandacht vestigt op prestaties van specifieke organisaties, in specifieke gebieden en op specifieke diensten. De belofte van het NPM is immers dat de focus op prestatiesturing en outputmetingen, op basis van gedetailleerde indicatoren en targets, bijdraagt aan effectievere en efficiëntere beleidsuitvoering. Daarnaast is de gedachte dat fragmentatie en verspreiding van functies en taken resulteren in onderlinge competitie, heldere scheidslijnen tussen taken en verantwoordelijkheden en daarmee ook heldere verantwoordingslijnen. De verkavelde zorgsector werkt met contracten met individuele zorgorganisaties, legt de nadruk op afrekenbare prestaties en output op specifieke diensten, op specifieke gebieden en van specifieke organisaties. Maar de verkaveling van de zorgsector

[14] Meerding, W. en M. van den Berg (2016). *De zorgstelcompetitie.* Een essay t.b.v. RVS-conferentie van 10 oktober 2016. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving / Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

leidt tot ongelukken als mensen in hun klantvraag niet zo verkaveld zijn. Problemen en maatschappelijke opgaven volgen maar zelden de grenzen van zorgorganisaties, maar gaan vrijwel altijd dwars door verschillende organisaties, lagen en sectoren heen. En dat is in de zorg niet anders.

3. Zoeken naar een nieuw verbindend perspectief

Inmiddels is het ruim tien jaar geleden dat het zorgstelsel dusdanig ingrijpend is veranderd en door middel van marktwerking drie principes in de zorg centraal stelt: *kwaliteit*, *toegankelijkheid* en *betaalbaarheid*. Met de drie decentralisaties, die op 1 januari 2015 in gang zijn gezet, maakt de zorgsector (opnieuw) een belangrijke transitie door. Enerzijds beogen de 3D's de zorg goedkoper, efficiënter en effectiever te maken, maar met meer aandacht voor maatwerk, betrokkenheid en verantwoordelijkheid van burgers om langer uit de (intensieve) zorg te blijven. Naast kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid komt dan ook *zelfredzaamheid* te staan als kernwaarde en uitgangspunten van het Nederlandse zorgstelsel.

Het in 2015 verschenen rapport van de Transitiecommissie Sociaal Domein laat echter zien dat er, ondanks de ambities om integraal te werken en in samenhang maatwerkoplossingen te bieden, sociale wijkteams en andere zorgverleners geconfronteerd worden met grenzen en scheidslijnen die dat bemoeilijken, of soms zelfs onmogelijk maken. De commissie beschrijft tal van verschillende voorbeelden die allemaal een illustratie zijn van hetzelfde principe: regels en protocollen gaan boven improvisatie, en blokkeren daarmee (integrale) maatwerkoplossingen.[15] De commissie schetst het voorbeeld van een jong stel uit gemeente A, beiden verstandelijk beperkt en met een complexe voorgeschiedenis met jeugdzorginstellingen, pleeggezinnen en ook criminele activiteiten, en zij zijn in verwachting van een kindje. De verloskundige maakt zich zorgen en meldt het stel aan voor ambulante begeleiding bij een zorgaanbieder, een expertisecentrum, in een nabije gemeente (gemeente B). De kosten van de behandeling/ondersteuning bedragen per half jaar ongeveer €37.000,-. Maar de financiering voor een gezin met meervoudige problematiek blijkt niet bepaald eenvoudig. De zorgaanbieder dacht voor een deel van het bedrag aanspraak te kunnen op financiering uit de Zorgverzekeringswet (toegang via de huisarts). Maar het zorgkantoor en CIZ stellen dat de psychische problematiek bovenliggend is, waardoor niet de ZVW maar de WMO geldt als financiële grondslag. En de toegang tot financiering uit de WMO moet verstrekt worden door de gemeente waar de instelling in staat: gemeente B. De gemeente voelt daar uiteraard niets voor. Maar gemeente A kan ook niet zonder meer zorg betalen voor een gezin dat niet woonachtig is in de eigen gemeente. De zorgaanbieder zou geholpen zijn wanneer men tot een gezinsindicatie zou kunnen komen waarvoor de financiering uit meerdere bronnen gevoed zou kunnen worden. En hoewel er op zich geen regels zijn die zo'n samengestelde indicatie in de weg staan, blijkt het in de praktijk heel lastig te realiseren omdat de partijen naar elkaar verwijzen of de boot afhouden. Zodoende komt er geen optimale oplossing voor het jonge gezin én bevindt de zorgaanbieder – die zich richt op een specialistische tak van zorg en begeleiding die simpelweg niet in elke gemeente georganiseerd kan worden, zich voortdurend in een heel lastig pakket, met veel bedrijfsvoeringsrisico's.[16]

Het is slechts één van de voorbeelden die laat zien hoe ingewikkelde regels en coördinatie boven de waarde van de zorg voor de cliënten worden gesteld. Kim Putters waarschuwde met de invoering van de drie decentralisaties dat de meest kwetsbare mensen mogelijk tussen wal en schip zullen vallen.[17] Zo dreigt sociale uitsluiting voor kwetsbare groepen als ouderen,

---

[15] Transitiecommissie Sociaal Domein (2015). *Mogelijk maken wat nodig is. 17 casussen uit de dagelijkse praktijk van sociale wijkteams.* Den Haag: TSD.

[16] Transitiecommissie Sociaal Domein (2015). P. 9-10.

[17] Vrij Nederland (2014). *Kim Putters over decentralisatie en participatie.* 20 augustus 2014.

door het wegvallen van sociale netwerken, doordat kinderen of familieleden niet op bezoek komen, door beperkte digitale vaardigheden en door minder beschikbare (semi)intramurale zorgvoorzieningen. Financiële, wettelijke, regionale en sectorale belemmeringen beperken in sommige gevallen de mogelijkheden, of bemoeilijken in andere gevallen het bieden van een samenhangend, integraal en passend zorgaanbod. Ook is er vaak nog sprake van een zekere mate van handelingsverlegenheid van gemeenten of zorgaanbieders, risicomijdend gedrag, angst voor negatieve oordelen over uitgaven van de accountant achteraf, en/of beperkte mogelijkheden om informatie met elkaar te kunnen uitwisselen.

Ondanks de vele positieve aspecten van het Nederlandse zorgstelsel is de dagelijkse praktijk van de zorg een soort lappendeken, vol variëteit. En die variëteit in de zorgbehoeften worden binnen het huidige systeem niet altijd voldoende gedekt door het zorgaanbod. Het huidige sturingsperspectief is dan ook onvoldoende in staat om, op basis van situationele logica, een samenhangend zorgaanbod te realiseren. Daarom is het nodig op zoek te gaan naar een ander sturingsperspectief, dat beter aansluit bij de *waarden* van zorg zoals deze tegenwoordig centraal staan.

3.1 De publieke waarde van zorg

We beschreven in hoofdstuk twee al enkele verschuivingen in sturingsperspectieven die hebben plaatsgevonden in de ouderenzorg. Daar zien we de laatste paar jaar dat verpleeghuizen steeds meer aandacht hebben voor de persoonlijke voorkeur van bewoners, en bewoners ook zelf meer invloed hebben op de zorg. Deze beweging staat niet op zichzelf, maar op veel meer plekken in de zorg is er vandaag de dag meer en meer aandacht voor integraliteit, samenhang en betrokkenheid in de zorg. Deels als reactie op onvrede over de huidige situatie, en deels ook als gevolg van tal van maatschappelijke en technologische ontwikkelingen die eraan bijdragen dat ouderen langer vitaal blijven, er steeds meer ruimte is om zorg en wonen te combineren, etc. In plaats van een perspectief van efficiëntie en effectiviteit zien we een beweging naar meer aandacht voor 'de bedoeling', de kernwaarden van zorg. Een verschuiving van 'zorgen voor' naar 'zorgen dat' er een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven is voor cliënt of patiënt.[18]

In de bestuurskunde wordt dit ook wel aangeduid met de term '*public value management*' (PVM). In dit perspectief gaat het meer om de realisatie van publieke waarde, om het voorop plaatsen van het maatschappelijk belang en de zorgbehoefte van het individu. Een verschuiving van focus op het '*wat*' naar het '*waartoe*', een focus op zingeving.[19] De zorg dient niet te worden ingericht op basis van aanbieders, producten en geldstromen, maar op basis van de zorgvraag: waar heeft iemand behoefte aan? Mede door een verandering in de verzorgingsstaat, die steeds meer uitgaat van een individueel regel- en betaalvermogen, zal die zorgbehoefte voor ieder individu heel verschillend zijn. Daar komt nog eens bij dat ook het marktaanbod voor bijvoorbeeld thuiszorg, of 'zorg thuis' steeds verder ontwikkelt en gemeenten meer ruimte hebben gekregen om naar eigen inzicht keuzes te maken over de inkoop en vormgeving van het voorzieningenniveau in de eigen gemeente. Daarmee ontstaat in toenemende mate ruimte voor variëteit in de zorgsector. Niet de institutionele logica staat

---

[18] Van Twist, M., N. Chin-A-Fat en J. Schram (2015). Van tehuis naar een thuis. Beelden bouwen in de ouderenzorg. *Verpleeghuiszorg*.
[19] Ter Braak, H. (2014). Public Value Management: verwarring en inspiratie. Reactie uit de bestuurlijke praktijk. *Bestuurswetenschappen*, 68, p. 97-100.

voorop, maar de situationele logica, waarbij de praktijk leidend is voor de manier waarop de zorg wordt vormgegeven.

De ontwikkeling waarbij het perspectief van new public management langzaam maar zeker plaatsmaakt voor een perspectief van public value management, tekent zich ook af in de VVT-sector. Door demografische ontwikkelingen (vergrijzing), technologische en maatschappelijke ontwikkelingen verandert het beeld over de rol van zorginstellingen. We hebben steeds meer kennis over de behoeften van de cliënt, en de cliënt zelf verwacht ook andere dingen van de zorgverlener. Dat blijkt ook uit de steeds talrijkere voorbeelden van zelforganisatie en lokale initiatieven waaruit nieuwe en andersoortige zorgorganisaties ontstaan. In brede zin is de roep in de VVT-sector om de zorg niet alleen te bezien vanuit verschillende functies en specialisaties, maar juist vanuit het algemeen welbevinden van de mens steeds luider. Een holistische benadering waarbij niet zozeer de functionaliteit van zorgproducten of diensten voorop staat, maar de beleving, behoefte en ervaring van de cliënt. Het gaat niet langer alleen om zorg en verzorging, maar in bredere zin over het welzijn van de cliënt, over leefplezier, en over een *waardevol* bestaan.[20]

Die ontwikkeling stelt de VVT-sector voor een complexe uitdaging, waarbij de maatschappelijke opgave wordt verbreed. Een opgave gericht op meerwaarde voor het individu, zelfregie voor de cliënt en zo lang mogelijk thuis wonen met waar mogelijk ondersteuning en zorg uit de eigen omgeving, zodat gezondheidswinst zal toenemen en de zorgkosten omlaag kunnen gaan. Om dat op een goede manier te kunnen realiseren, is er een verschuiving nodig in de focus, in het perspectief dat leidend is voor sturing in de zorg. Eissens et al. pleiten in de tweede deelstudie voor het centraal stellen van het klantperspectief: de behoeften van verschillende klantgroepen dienen als vertrekpunt voor *vraaggerichte zorg*. Veranderingen in de inrichting in de zorg, krimpende budgetten, andere financieringsvormen, vergrijzing en de ontwikkeling dat steeds meer zorg extramuraal georganiseerd wordt, vormen gezamenlijk een omvangrijke uitdaging om de schaarse middelen op een goede manier te verdelen. De auteurs pleiten voor een vraaggericht zorgsysteem dat is ingericht op groepen, segmenten, met soortgelijke behoeften. De behoeften van ouderen met lichamelijke beperkingen en mobiliteitsproblemen hebben immers andere behoeften dan extreem kwetsbare ouderen.[21] Door het aanbod van zorg meer in lijn te brengen met de behoeften van verschillende segmenten, kunnen schaarse middelen beter verdeeld en benut worden. Waar momenteel het zorgsysteem nog te veel is aangevlogen vanuit een perspectief van wetgeving, financiële kaders en effectiviteit (new public management), is een verschuiving naar vraaggerichte zorg en een focus op waardevolle zorg steeds meer gewenst (public value management).

3.2 Sturing volgens public value management

De centrale ambitie mag helder zijn: een vraaggericht zorgsysteem dat een samenhangend zorgaanbod biedt en zich voegt naar de behoeften van de cliënt, met aandacht voor zelfregie en een waardevol bestaan. Op tal van verschillende manieren wordt al gezocht om ook, of júist, op sturingsniveau in de zorg naar oplossingen te zoeken vanuit het gedachtegoed van public value management. De besturingsvraag zou telkens weer benaderd moeten worden

[20] Espria (2016). Van mens tot mens. Onderzoek Espria VVT-organisatie.

[21] Eissens – Van der Laan, M.R., L. Dorland en M. de Boer (2016). Toekomst voor de zorg thuis. Het klantperspectief. Deelstudie 2.

vanuit de *toegevoegde waarde* op het primaire proces waar de organisatie toe geroepen is.[22] Maar dat is geenszins een gemakkelijke opgave. Daarom gaan we hier nader in op de vraag wat een benadering van public value management volgens de theorie vraagt van bestuur en management van organisaties.

De kern van public value management is de focus op het 'waartoe', op de maatschappelijke meerwaarde die een organisatie tracht te bereiken. En publieke waarde wordt niet alleen door publieke organisaties gecreëerd, maar ook door private en maatschappelijke organisaties. Een belangrijk kenmerk van public value is daarnaast dat het niet draait om output, maar om 'outcome', en daarbij gaat het niet alleen om de uitkomst van een product of dienst, maar minstens evenzeer over het proces. Een positief proces met vertrouwen en betrokkenheid van andere belanghebbenden kan immers ook bijdragen aan de legitimiteit van een organisatie. Het gaat bij public value creatie dan ook niet alleen om markteconomische waarde, maar ook om sociale, politieke, culturele en ecologische dimensies van waarde.[23] Deze theorie over public value is gebaseerd op het beroemde werk van Mark Moore. Zijn stelling is dat er drie cruciale benodigdheden zijn voor organisaties om publieke waarde te creëren. Allereerst is dat het hebben van een heldere missie, een overtuigende strategische doelstelling over de na te streven publieke, maatschappelijke meerwaarde. Ten tweede is legitimiteit, steun en draagvlak van zowel interne als externe stakeholders voor het handelen van de organisatie nodig. Moore omschrijft dit als de *autoriserende omgeving*. Ten derde zijn er goede operationele voorwaarden nodig om de daadwerkelijke maatschappelijke meerwaarde te creëren. Daarbij gaat het om alle randvoorwaarden, middelen en personele capaciteit die van belang zijn voor de kwaliteit van het handelen van de organisatie. Deze drie onderdelen vormen samen de 'strategische driehoek' van Moore, een managementtool van public value management. Om publieke waarde te kunnen creëren, moeten deze drie elementen met elkaar in balans zijn.[24]

Naast het helder definiëren van een visie over de publieke waarde die de organisatie nastreeft, is dus het bouwen aan goede relaties en investeren in alle randvoorwaarden een cruciale taak voor bestuur en management in het sturingsperspectief van public value management. In domeinen waar veel wordt samengewerkt met andere partijen, is het bouwen van relaties cruciaal. Niet alleen op het niveau van management, maar juist ook op het niveau van de professional. Het bestuur en management van organisaties staan dan ook voor de uitdaging om complexe netwerken van overheidsorganisaties, private partijen én maatschappelijke organisaties, initiatieven in de wijk etc. te managen. Flexibiliseren in netwerken, die in toenemende mate horizontaal zijn georganiseerd, door middel van dialoog, betrokkenheid en uitwisseling.[25]

Ook de (zorgverlenende) professionals moeten door het management geïnspireerd worden om publieke waarde leidend te laten zijn in hun handelen. Maar daarvoor is nodig dat de randvoorwaarden (de *organizational capacity)* daar ook op ingericht zijn en de professionals daadwerkelijk de ruimte krijgen om hun werk anders te doen. De financiële middelen en

[22] Ter Braak, H. (2014). Public Value Management: verwarring en inspiratie. Reactie uit de bestuurlijke praktijk. *Bestuurswetenschappen*, 68, p. 97-100.
[23] Alford, J. en J. O'Flynn (2009). Making sense of public value: concepts, critiques and emergent meanings. *International Journal of Public Administration,* 32, pp. 171-191.
[24] Moore, M. (1995). *Creating public value: strategic management in government.* Cambridge, MA: Harvard University Press.
[25] Stoker, G. (2006). Public Value Management: A New Narrative for Networked Governance? *The American Review of Public Administration,* 36, pp. 41-57.

financieringsstromen, de methoden van verantwoording en verslaglegging, de standaard werkwijzen en procedures en de wet- en regelgeving moeten daar ook de ruimte voor laten. Bovendien moeten medewerkers voldoende competent zijn en moet ook de organisatiestructuur en het bestuurlijk leiderschap die ambities om samen te werken en de publieke waarde voorop te stellen faciliteren en het leren en innoveren stimuleren.[26]

De ambitie om, vanuit een perspectief van public value management, een samenhangend zorgaanbod te realiseren waarbij de behoefte van de cliënt centraal staat en meer vanuit maatschappelijke meerwaarde wordt gewerkt, vraagt dus kortgezegd om sturing op drie onderdelen: het formuleren van een heldere *public value proposition* (1), investeren in en onderhouden van een flexibel netwerk van belanghebbenden (2) en het creëren van alle juiste randvoorwaarden die de organisatie en haar professionals daartoe in staat moeten stellen (3).

De theorie klinkt vele malen eenvoudiger dan het daadwerkelijk is. In een netwerksamenleving waar steeds meer verschillende en wisselende partijen betrokken zijn bij het realiseren van dienstverlening, en waar organisatiestructuren, financiële stromen, werkwijzen en verantwoordingsprocessen vaak nog gebaseerd zijn op het new public management en vooral de nadruk leggen op het 'in control zijn' van een organisatie. En daar komt nog eens bij dat de definitie van 'waarde' voor iedere cliënt verschillend zal zijn. Elk van de drie elementen van de strategische driehoek zijn dan ook continu aan verandering onderhevig, waardoor sturing vooral een uitdaging is van het voortdurend zoeken, leren, innoveren en aanpassen, op zoek naar een balans in het systeem.

[26] Montfort, C.J. van, Karré, P.M. & Twist, M.J.W. van. (2010). *Taakverbreding en grensvervaging bij woningcorporaties: Tussenrapportage voor het meerjarenonderzoeksproject Besturen van meervoudigheid*. Tilburg: CBMO.

4. Conclusie: Zoeken naar pluriformiteit in de zorg, met behoud van een gedeelde basis

In dit deelrapport hebben we laten zie hoe het perspectief op sturing in de publieke sector, en specifiek in de zorgsector in de loop der jaren is verschoven. Van een perspectief van *traditional public administration*, dat rechtsgelijkheid en rechtszekerheid centraal stelt, naar een perspectief van *new public management,* dat vooral efficiëntie en effectiviteit voorop plaatst. Recent zien we opnieuw een verschuiving plaatsvinden, waarbij de focus meer en meer komt te liggen op het 'waartoe', op de publieke of maatschappelijke meerwaarde waar een organisatie aan bijdraagt.

Ook in de VVT-sector is die beweging in gang gezet. Met meer aandacht voor de individuele behoeften van de cliënt, waarbij zelfredzaamheid en informele zorg steeds belangrijker zijn geworden. Hugo de Jong beschreef het als een beweging van verzorgingsstaat naar verzorgings*straat*, van ieder hetzelfde naar ieder het zijne. Dat klinkt natuurlijk erg mooi. Maar het op maat leveren van zorg, zonder te vervallen in willekeur, is eveneens een enorme uitdaging. Juist wanneer zorg zich meer gaat richten op individuele behoeften en een groot beroep doet op zelfredzaamheid en zorg door de eigen sociale omgeving van cliënten, komt een samenhangend zorgaanbod onder druk te staan.

Dit vraagt om het maken van afwegingen in het licht van *waarden*, verschil maken waar dat relevant is. Het vraagt om nieuwe competenties van zorgverleners, meer aandacht voor het durven afleggen van verantwoording over eigen gemaakte keuzes en omgaan met verschillen. De drie decentralisaties zijn een begin van die verschuiving, maar nog onvolkomen. Want ook de decentralisaties brengen weer nieuwe (risico's op) verkaveling in de dienstverlening met zich mee. Han Noten, voorzitter van de Transitiecommissie Sociaal Domein stelde het als volgt: "Integraal werken, in samenhang maatwerk leveren aan mensen die dat nodig hebben, is niet mogelijk zonder de bereidheid tot samenwerken en over de eigen grenzen heen te kijken. Daar lijkt het in de praktijk nog wel eens aan te ontbreken.".[27] Nog te veel is er sprake van regels boven improvisatie. Om daaraan voorbij te komen, en daadwerkelijk te redeneren én te sturen vanuit de beoogde *publieke waarde* die gerealiseerd dient te worden – namelijk het leveren van een passend en samenhangend zorgaanbod – is een omvangrijke opgave voor de zorgsector.

De problematiek speelt zich af in een grijs gebied. Het idee is dat een geïntegreerde 3D-brede blik ruimte moet bieden voor maatwerkoplossingen. Maar in het grijze gebied waar WMO-begeleiding, bijzondere bijstand, re-integratie en andere zorgtrajecten bij elkaar komen kost het veel moeite om alle betrokkenen bij elkaar en op één lijn te krijgen. Pauline Meurs stelt dat zorgverleners er slechts bij één op de tien gevallen in slagen het persoonlijk netwerk van de zorgbehoevende te mobiliseren. Niet omdat mensen niet willen, maar vooral omdat het sociale netwerk er simpelweg niet is. Bovendien heeft iedere cliënt andere behoeften én verwachtingen van zorg. Zorg is dan ook in toenemende mate, naast een publiek-privaat-professioneel vraagstuk ook een privé-vraagstuk geworden.

En daarmee komt, naast kwaliteit, toegankelijkheid, betaalbaarheid en zelfredzaamheid als leidende principes in de zorg, ook *pluriformiteit* als waarde in beeld. De toevoeging van pluriformiteit is enerzijds een positieve aanvulling, maar maakt anderzijds de waardendilemma's die onder de andere drie principes liggen ook zichtbaar. Zo is voor

[27] Transitiecommissie Sociaal Domein (2015). *Mogelijk maken wat nodig is.* Den Haag: TSD.

‘kwaliteit’ geen enkelvoudige definitie meer te geven, maar kunnen er meerdere opvattingen over kwaliteit naast elkaar bestaan. Richtlijnen en protocollen om de kwaliteit te waarborgen moeten die ruimte ook behouden. De invulling van kwaliteit is immers afhankelijk van de zorgbehoefte én individuele keuzes van de cliënt.

De toevoeging van het perspectief van pluriformiteit in de zorg bemoeilijk het opleggen van oplossingen van bovenaf, plaatst het maken van (individuele) afwegingen in de zorg op de voorgrond en maakt daarmee ruimte voor een vorm van sturing die uitgaat van variëteit en experimenteren met verschillende oplossingsstrategieën. Bovendien maakt het duidelijk dat er sprake is van een afhankelijkheidsrelatie tussen zorgverleners en zorgvragers. En die relatie zal altijd gepaard gaan met afwegingen, onzekerheid en het ontstaan van verschillen. Erkennen van die verschillen en ruimte geven voor afwegingen in plaats van standaardisatie is daarom een heel belangrijke uitdaging voor de zorg van de toekomst. Een uitdaging die bovendien ook vraagt om een andere vorm van sturing.[28] Niet het sturingsperspectief van new public management waarin output, resultaatsturing en prestatie-indicatoren de boventoon voeren, maar een sturingsperspectief van public value management dat delen, samenwerken, integratie en maatwerk centraal stelt.

Deels is dat misschien een kwestie van doen, van samen leren, samen ontwikkelen en steeds beter worden in gezamenlijk optrekken. Maar deels vraagt het ook om een aanpassing van het sturingsperspectief. Een transitie die weg beweegt van de kernwaarden van het new public management en meer naar waarden van public value management beweegt, moet dan ook vorm krijgen in de sturingsinstrumenten van de zorg. Dat vraagt om heroverweging van de huidige bekostigingssystematiek, om het creëren van ruimte voor gedifferentieerde zorgarrangementen. In de praktijk duiken al steeds meer voorbeelden op van burgers die met elkaar initiatief nemen. Coöperaties van burgers die voor elkaar zorgen, een vereniging van eigenaren van een woningcomplex die niet alleen het onderhoud van de woningen op zich neemt, maar ook zorg levert. Dergelijke initiatieven laten zien dat er, ook nu weer, volop verschuivingen plaats vinden in de verhouding tussen focus op het individu en op het collectief in de zorg. Daaruit ontstaat de noodzaak om ruimte in te bouwen voor dergelijke alternatieve zorgarrangementen, op zoek te gaan naar andere financieringsinstrumenten, aanpassingen in bestuurlijk-juridische instrumenten en communicatieve en organisatorische instrumenten. Niet geredeneerd vanuit effectiviteit en efficiëntie, maar vanuit de kern waar de zorgsector om draait: zorg.

[28] Lezing Pauline Meurs. Inleiding tijdens de RVS-conferentie ‘De zorg van morgen: een waardevolle zorg’. 10 oktober 2016.